

ĐƠN XIN

Xin đọc lời chỉ dẫn điền đơn.

Viết theo kiểu chữ in rõ ràng. Chỉ dùng bút mực đen hoặc xanh.

ĐOẠN 1: Cho chúng tôi biết về người nộp đơn cho trẻ, phụ nữ có thai, trẻ chưa sinh, hoặc chính người đó.

1	HỌ	TÊN	TÊN ĐỆM VIẾT TẮT	2	NGÀY SINH THÁNG / NGÀY / NĂM	
3	ĐỊA CHỈ NHÀ (SỐ NHÀ VÀ TÊN ĐƯỜNG). ĐỪNG DÙNG HỘP THU		4	SỐ PHÒNG	5	SỐ ĐIỆN THOẠI NHÀ ()
6	THÀNH PHỐ	7 QUẬN	8 SỐ ZIP	9	SỐ ĐIỆN THOẠI SỞ ()	
10	ĐỊA CHỈ GỬI THU (NẾU KHÁC VỚI ĐỊA CHỈ TRÊN) HOẶC HỘP THU		11	SỐ PHÒNG	12	SỐ ĐIỆN THOẠI NHẮN TIN ()
13	THÀNH PHỐ			14	SỐ ZIP	
15A	QUÝ VỊ RÀNH NGÔN NGỮ NÀO NHẤT?	15B QUÝ VỊ ĐỌC ĐƯỢC NGÔN NGỮ NÀO THÀNH THẠO NHẤT?				

16 Chúng tôi sẽ ghi danh đứa trẻ hoặc phụ nữ có thai vào chương trình họ hội đủ điều kiện. Nếu quý vị không muốn ghi danh vào một trong các chương trình này, xin đánh dấu vào (các) ô dưới đây.

TÔI KHÔNG MUỐN: Healthy Families: Đừng gửi giấy khai sinh. Đừng điền Trang Healthy Families.
 Medi-Cal

ĐOẠN 2: Cho chúng tôi biết về các trẻ dưới 19 tuổi và/hoặc phụ nữ có thai muốn được bảo hiểm sức khỏe.

Trẻ 1 hoặc
Chưa Sinh

Trẻ 2

Trẻ 3

Trẻ 4

Phụ Nữ Có
Thai

Dánh dấu vào ô nếu chưa sinh

17	Tên: Họ Tên Tên Đệm	Trẻ 1 hoặc Chưa Sinh	Trẻ 2	Trẻ 3	Trẻ 4	Phụ Nữ Có Thai
18	Tên trên Giấy Khai Sinh: (Nếu cùng tên như # 17 trên đây, hãy để trống)	Họ Tên Tên Đệm				
19	Nếu địa chỉ của trẻ không cùng địa chỉ như trong Đoạn 1, Câu Hỏi 3, hãy ghi đầy đủ địa chỉ:					
20	Liên hệ với người có tên trong Đoạn 1:					
21	Phái:	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ
22	Ngày Sinh:	/ / THÁNG NGÀY NĂM	/ / THÁNG NGÀY NĂM	/ / THÁNG NGÀY NĂM	/ / THÁNG NGÀY NĂM	/ / THÁNG NGÀY NĂM
23	Nơi Sinh: Quận hoặc Tiểu Bang hoặc Quốc Gia, nếu ngoài Hoa Kỳ.					
24	Mã Số Sắc Tộc: (Xem Chỉ Dẫn số 24)					
25	Quốc Tịch hoặc Công Dân Hoa Kỳ? Nếu "không", xin viết ngày nhập cảnh Hoa Kỳ.	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không / / THÁNG NGÀY NĂM	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không / / THÁNG NGÀY NĂM	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không / / THÁNG NGÀY NĂM	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không / / THÁNG NGÀY NĂM	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không / / THÁNG NGÀY NĂM
26	Số An Sinh Xã Hội:	Không cần cung cấp số An Sinh Xã Hội nếu xin chương trình Healthy Families hoặc chỉ xin các dịch vụ liên quan đến thai nghén hoặc cấp cứu mà thôi.				

Tách ra tại đây

ĐOẠN 2: Tiếp Theo

Trẻ 1 hoặc
Chưa Sinh

Trẻ 2

Trẻ 3

Trẻ 4

Phụ Nữ Có
Thai

Dành dấu vào ô nếu chưa sinh

27	Tên Người Mẹ: Họ Tên Người mẹ có sống trong nhà hay không?	Họ				
		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				
28	Tên Người Cha: Họ Tên Người cha có sống trong nhà hay không?	Họ				
		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				
29	Tên người phối ngẫu của thiếu niên hoặc tên chồng của phụ nữ có thai (Nếu sống chung nhau)					
30	Có bất cứ người nào đang được nộp đơn xin hiện đang có Medi-Cal miễn phí hay không? Nếu "có", ghi ngày chấm dứt/dã chấm dứt	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không / / THÁNG NGÀY NĂM	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không / / THÁNG NGÀY NĂM	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không / / THÁNG NGÀY NĂM	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không / / THÁNG NGÀY NĂM	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không / / THÁNG NGÀY NĂM
31	Phụ nữ có thai và/hoặc các trẻ có bảo hiểm nào khác về sức khỏe, nha khoa hoặc thị lực hay không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				
32	Có bất cứ trẻ nào được một hãng sở bảo hiểm trong 90 ngày qua hay không? Nếu "có", đánh dấu vào lý do chính tại sao bảo hiểm lagnung và ghi ngày ngưng. Nếu "có", đánh dấu vào lý do chính tại sao bảo hiểm lagnung và ghi ngày ngưng.	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Mất việc làm <input type="checkbox"/> Dọn nhà và không tìm được bảo hiểm <input type="checkbox"/> Sở làm chấm dứt các quyền lợi đối với tất cả nhân viên <input type="checkbox"/> Bảo hiểm COBRA chấm dứt <input type="checkbox"/> Lý do khác / / THÁNG NGÀY NĂM	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Mất việc làm <input type="checkbox"/> Dọn nhà và không tìm được bảo hiểm <input type="checkbox"/> Sở làm chấm dứt các quyền lợi đối với tất cả nhân viên <input type="checkbox"/> Bảo hiểm COBRA chấm dứt <input type="checkbox"/> Lý do khác / / THÁNG NGÀY NĂM	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Mất việc làm <input type="checkbox"/> Dọn nhà và không tìm được bảo hiểm <input type="checkbox"/> Sở làm chấm dứt các quyền lợi đối với tất cả nhân viên <input type="checkbox"/> Bảo hiểm COBRA chấm dứt <input type="checkbox"/> Lý do khác / / THÁNG NGÀY NĂM	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Mất việc làm <input type="checkbox"/> Dọn nhà và không tìm được bảo hiểm <input type="checkbox"/> Sở làm chấm dứt các quyền lợi đối với tất cả nhân viên <input type="checkbox"/> Bảo hiểm COBRA chấm dứt <input type="checkbox"/> Lý do khác / / THÁNG NGÀY NĂM	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Mất việc làm <input type="checkbox"/> Dọn nhà và không tìm được bảo hiểm <input type="checkbox"/> Sở làm chấm dứt các quyền lợi đối với tất cả nhân viên <input type="checkbox"/> Bảo hiểm COBRA chấm dứt <input type="checkbox"/> Lý do khác / / THÁNG NGÀY NĂM

ĐOẠN 3: Người trong gia đình sống chung một nhà. Số người trong gia đình sẽ được dùng để tính xem các con của quý vị hội đủ điều kiện cho chương trình nào.

- 33 Liệt kê bất cứ các con nào khác dưới 21 tuổi sống chung nhà mà chưa được ghi tên trong Đoạn 2. Cho biết mối quan hệ với người có tên trong Đoạn 1, Câu Hỏi 1.

HỌ, TÊN

MỐI QUAN HỆ

- 34 Có người nào trong gia đình sống chung nhà đang có thai hay không?

Có Không

Nếu có, ai: _____ Ngày Dự Liệu Sinh Nở: _____

- 35 Liệt kê bất cứ cha mẹ ghê nào sống chung nhà mà chưa được ghi tên: _____

HỌ, TÊN

- 36 Có bất cứ người nào có tên trong Đoạn này, hoặc bất cứ cha mẹ nào có tên trong Đoạn 2, muốn xin **Medi-Cal** hay không?

Có Không

ĐOẠN 4: Liệt kê số lợi tức gộp (trước khi trừ thuế) của tất cả những người sống chung nhà có tên trong Đoạn 2, Các Câu Hỏi 17, 27, 28, 29 và Đoạn 3. Nếu tự làm lấy cho mình hoặc dùng đơn khai thuế lợi tức liên bang để chứng minh lợi tức, chỉ cần điền Các Câu Hỏi 37, 38 và 40 trong đoạn này.

37	TÊN NGƯỜI CÓ LỢI TỨC	38	NGUỒN LỢI TỨC?	39	BAO LÂU LÃNH MỘT LẦN?	40	LỢI TỨC GỘP LÀ BAO NHIỀU?	41	SỐ AN SINH XÃ HỘI (Nhiệm Ý)
1.									
2.									
3.									
4.									

ĐOẠN 5: Các Khoản Khấu Trừ trong Lợi Tức Gia Đình. Các câu trả lời trong đoạn này sẽ giúp quyết định có thể trừ bớt bao nhiêu trong lợi tức gộp của gia đình quý vị.

42	LOẠI TIỀN GIA ĐÌNH QUÝ VỊ PHẢI TRẢ	43	TÊN NGƯỜI TRÁ TIỀN	44	SỐ TIỀN TRẢ HÀNG THÁNG
Tiền Cấp Dưỡng Cho Con					
Tiền Chu Cấp cho Người Phối Ngẫu					

45	GIỮ TRẺ HOẶC CHĂM SÓC CHO NGƯỜI CÒN NƯỚNG TỰA (Ghi tên trẻ)	46	TUỔI	47	SỐ TIỀN TRẢ HÀNG THÁNG
1.					
2.					
3.					
4.					

ĐOẠN 6: Bảo Hiểm Khác.

- 48 Có người nào khởi kiện vì bị tai nạn hoặc thương tích thay mặt cho phụ nữ có thai và/hoặc đứa trẻ đang nộp đơn xin hưởng quyền lợi hay không? Có Không
- 49 Phụ nữ có thai và/hoặc đứa trẻ có muốn xin Medi-Cal dài hạn cho bất cứ chi phí y khoa nào chưa trả trong 3 tháng qua hay không? Có Không
Nếu "có", ghi (các) tháng đó: _____
- 50 Đánh dấu vào ô này nếu quý vị không muốn Medi-Cal chia sẻ đơn xin của con quý vị với chương trình Healthy Families có chi phí thấp khi con quý vị không còn hội đủ điều kiện nhận bảo hiểm Medi-Cal miễn phí.

ĐOẠN 7: Chi tiết tự nguyện. Không đòi hỏi phải cung cấp. Các câu trả lời của quý vị sẽ không ảnh hưởng đến tư cách hội đủ điều kiện của quý vị nhưng sẽ giúp tiểu bang có được thêm tiền của liên bang để dài hạn cho các chương trình chăm sóc sức khỏe.

- 51 Trong nhà của trẻ có nhiều hơn một xe hay không? Có Không
- 52 Có nhiều hơn \$3,150 trong các trương mục ngân hàng của nhà của trẻ hay không? Có Không

ĐOẠN 8: Chữ Ký và Chứng Thực.

- 53 Tôi tuyên bố rằng các câu trả lời của tôi trong đơn này, các lời tuyên khai, và các văn kiện nộp kèm đều là sự thực và đúng theo hết khả năng hiểu biết của tôi và tôi sẽ chịu phạt theo luật pháp của Tiểu Bang California nếu khai man. Tôi tuyên bố rằng tôi đã đọc và hiểu các chỉ dẫn đơn giản, các lời tuyên khai, và tất cả mọi chi tiết trong đơn này.
- Chữ Ký _____ Ngày _____
- Chữ Ký Nhân Chứng _____ Ngày _____
(Nếu đương đơn ký bằng cách đánh dấu)
- Đại Diện Hợp Lệ (Nếu có) _____ Ngày _____

ĐOẠN 9: Chỉ điền nếu quý vị hiện đang được một Người Trợ Giúp Đeniable Đơn Xin Có Chứng Nhận (CAA) trợ giúp.

- 54 Nếu quý vị muốn tiết lộ dữ kiện cho CAA, xin trả lời câu hỏi sau đây:
- Khi đánh dấu vào ô này và ký tên dưới đây, Tôi cho phép chương trình Healthy Families và Medi-Cal cung cấp tin tức qua điện thoại về tình trạng của Đơn Xin này cho đại diện của Tổ Chức Ghi Danh Hội Viên dưới đây. Sự cho phép này sẽ kết thúc vào ngày chương trình gửi thư thông báo quyết định về tình trạng hội đủ điều kiện đối với Đơn Xin này.
- 55 Tôi xác nhận rằng Người Trợ Giúp Đeniable Đơn Xin Có Chứng Nhận dưới đây đã giúp tôi điền đơn xin. Dịch vụ CAA trợ giúp này là MIỄN phí. CAA#: EE#:
- Chữ Ký Đương Đơn _____ Ngày _____
- Chữ Ký CAA _____ Ngày _____
- Tiểu bang sẽ không trả thù lao cho tổ chức ghi danh hội viên, trừ khi câu hỏi này được điền đúng và đầy đủ vào thời điểm Nộp Đơn Xin này.



Nếu xem chừng như quý vị hội đủ điều kiện cho chương trình **Healthy Families** và muốn chọn chương trình sức khỏe, nha khoa và thị lực ngay bây giờ, hãy điền trang này. Nếu không, chúng tôi sẽ liên lạc với quý vị sau để hỏi chi tiết này. Xem **Cẩm Nang Healthy Families** của quý vị để biết thêm chi tiết, hoặc ghé đến web site của chúng tôi tại www.healthyfamilies.ca.gov.

ĐOẠN A: Chọn Lựa Chương Trình Sức Khỏe, Nha Khoa và Thị Lực.

56	Chương Trình Sức Khỏe/Mã Số	57	Chương Trình Nha Khoa/Mã Số	58	Chương Trình Thị Lực/Mã Số		
59	Tên Bác Sĩ/Y Viện (nhiệm ý)	60	Mã Số Bác Sĩ/Y Viện (nhiệm ý)	61	Tên Nha Sĩ/Y Viện (nhiệm ý)	62	Mã Số Nha Sĩ/Y Viện (nhiệm ý)

ĐOẠN B: Dự Án Thí Điểm.

63 Nếu quý vị thuộc bất cứ nhóm nào sau đây, nay có loại kết hợp chương trình sức khỏe, nha khoa và thị lực mới trên toàn tiểu bang dành cho quý vị. Quý vị có thể chọn chương trình tổng hợp mới này và ghi mã số trong ô dưới đây. Xem **Cẩm Nang Healthy Families** để biết mã số kết hợp chương trình này. Đánh dấu vào tất cả các ô áp dụng cho quý vị.

Thủ Dân Mỹ Châu **HOẶC** Làm các loại việc theo mùa hoặc phải di nơi khác làm: Nông Nghiệp Lâm Nghiệp Ngư Nghiệp

Mã Số Chương Trình Tổng Hợp

ĐOẠN C: Lời Tuyên Khai cho Chương Trình Healthy Families.

Tôi tuyên khai là mỗi người đang được tôi nộp đơn xin cho họ đều:

- là cư dân tại California.
- không đang bị giam tù hoặc trong một bệnh viện tâm thần.
- không hội đủ điều kiện cho Medicare Phần A và Phần B.
- không phải là một người trong gia đình hội đủ điều kiện hưởng các quyền lợi về sức khỏe từ (Các) Chương Trình Quyền Lợi Sức Khỏe của Hệ Thống Công Chức Hồi Hữu California.

Tôi tuyên khai thêm rằng:

- tất cả những người có tên trong đơn này sẽ tuân hành các điều luật tham gia, tiến trình tái duyệt mức sử dụng và tiến trình giải quyết tranh chấp của các chương trình sức khỏe tham gia mà người đó có ghi danh gianhập.
- Tôi đã đọc và hiểu **Cẩm Nang Healthy Families**. Tôi hiểu các chi tiết trong cẩm nang này về mỗi chương trình sức khỏe, nha khoa và thị lực cùng các quyền lợi do họ cung cấp.

- Tôi nộp đơn cho tất cả các con tôi hội đủ điều kiện cho chương trình **Healthy Families**, trừ phi chúng đã ghi danh rồi hoặc tôi đủ 18 tuổi và nộp đơn cho chính tôi.
- Tôi đồng ý đóng 6 kỳ bảo phí hàng tháng. Nếu tôi không đóng bảo phí, tôi sẽ bị xóa tên trong chương trình và không được gia nhập lại trong 6 tháng. Tôi sẽ phải trả tiền cho bất cứ dịch vụ nào của **Healthy Families** tôi sử dụng trong tháng sau cùng sau khi chấm dứt bảo hiểm.
- Tôi cho phép **Healthy Families** phối kiểm lợi tức gia đình tôi, bảo hiểm sức khỏe, tình trạng di trú của những người được tôi nộp đơn xin cho họ, và tất cả các dữ kiện khác ghi trong đơn này.
- Tôi đồng ý thông báo cho chương trình trong vòng 30 ngày nếu có thay đổi địa chỉ của bất cứ người nào được nộp đơn xin và được chấp nhận vào chương trình và bất cứ thay đổi nào về địa chỉ nhận hóa đơn của đương đơn.

ĐOẠN D: Thông Báo về Quyền Riêng Tư.

Đạo Luật Thực Hành Thông Tin năm 1977 và Đạo Luật của Liên Bang về Quyền Riêng Tư đòi hỏi Chương Trình **Healthy Families** phải thông báo những điểm sau đây cho những người được **Healthy Families** yêu cầu cung cấp chi tiết:

Các chi tiết cá nhân và y khoa được yêu cầu cung cấp là chỉ để dùng vào các mục đích về danh tính người ghi danh và điều hành chương trình. Các điều lệ của chương trình theo Tiêu Đề 10, CCR, Đoạn 2699.6600 đòi hỏi mỗi cá nhân phải cung cấp một số chi tiết nào đó khi nộp đơn xin Chương Trình **Healthy Families**. Chi tiết của người ghi danh có thể được tiết lộ cho các cơ quan Tiểu Bang và địa phương có liên quan đến việc điều hành các chương trình sức khỏe. Các chi tiết (kể cả tình trạng di trú) về những người không trở thành thành viên chương trình, sẽ chỉ được dùng cho các mục đích quyết định tư cách hội đủ điều kiện và điều hành chương trình mà thôi. Nếu không cung cấp chi tiết này có thể đưa đến việc trả lại đơn vì không đầy đủ.

Các chi tiết sau đây trong đơn không bắt buộc phải cung cấp: số an sinh xã hội, chi tiết về sắc tộc (trừ phi người ghi danh là Thủ Dân Mỹ Châu) và bất cứ mục nào khác được ghi là tự nguyện hoặc nhiệm ý. Mọi người đều có quyền xem các hồ sơ có ghi chi tiết cá nhân của mình do Ủy Ban Bảo Hiểm Y Tế Quản Trị Rủi Ro lưu giữ. Viên chức có trách nhiệm duy trì các chi tiết này là Deputy Director of Eligibility and Enrollment, Managed Risk Medical Insurance Board, 1000 G Street, Room 450, Sacramento, California 95814. (916) 324-4695.

ĐOẠN E: Giải Quyết Tranh Chấp.

Nếu quý vị ghi danh gia nhập một số chương trình nào đó là quý vị đồng ý để cho một số trường hợp đòi bồi hoàn (có thể gồm cả các trường hợp đòi bồi thường vì hành nghề y khoa sai lầm) được giải quyết theo tiến trình hòa giải trung lập có giá trị phải tuân theo. Thành viên từ bỏ quyền được bồi thẩm đoàn hoặc tòa án phân xử. **Cẩm Nang Healthy Families** có chi tiết về mỗi chương trình và các điều kiện về tiến trình hòa giải. Quý vị có thể gọi điện thoại trực tiếp cho các chương trình này để hỏi thêm.

ĐOẠN F: Chữ Ký và Chứng Thực.

64 Tôi chứng nhận rằng tôi đã đọc và hiểu các chi tiết trên đây. Tôi cũng chứng nhận rằng các chi tiết do tôi cung cấp trong đơn này đều là sự thực và đúng.

Chữ Ký _____ Ngày: _____

Chữ Ký Nhân Chứng _____ Ngày: _____
(Nếu đương đơn ký bằng cách đánh dấu)